Michigan Department of Community Health
MDCH
Jennifer M. Granholm, Governor
Janet Olszewski, Director

Post Test: Revisado 12/21/06

Historial de Pruebas de VIH

Gracias por llenar este cuestionario. Por favor lea todas las preguntas con cuidado. Entre fechas estimadas si no se acuerda de fechas exactas. Recuerde que todas las respuestas que nos da se van a mantener privadas.

Nombre_____ **Fecha de Nacimiento**__ __/ __ __ / __ __ __ __ (mes/día/año)

1. Fecha de Hoy __ __/ __ __ / __ __ __ __ (mes/día/año)

2. ¿En qué fecha (mes/año) fue la primera vez que su prueba de VIH dió un resultado positivo? Indique cuando le sacaron la sangre y no cuando recibió sus resultados. Haremos referencia a esta fecha en el cuestionario.

___ ___ **/**___ ___ ___ ___ (mes/año)

3. ¿Ha recibido alguna vez un resultado negativo para la prueba del VIH?

Sí……☐1 ⇒ **Favor de pasar a la pregunta 4**

No……☐0
No sé……☐ } ⇒ **Favor de pasar a la pregunta 6 en la próxima página**

4. Antes del primer resultado positivo a la prueba de VIH (en pregunta 2), ¿cuando fue la última vez que recibió un resultado negativo? Indique la fecha en que le sacaron la sangre, no cuando recibió sus resultados.

___ ___ / ___ ___ ___ ___ (mes/año)

5. Durante los dos años anteriores a su primera prueba positiva (la fecha en pregunta 2), ¿cuantas veces se hizo la prueba para el VIH? Su primera prueba positiva esta incluída en esta cuenta.

_1_ (mi primera prueba positiva) + ___ ___ (pruebas anteriores) = ☐☐

Las siguientes preguntas son sobre las medicinas para el VIH. A veces estos medicamentos se usan para prevenir la infección del VIH. Esto se conoce como profilaxis post-exposición, o PEP, por sus siglas en inglés. Algunos de estos medicamentos también se usan para el tratamiento de la Hepatitis B. Estos medicamentos también se pueden utilizar en tratamientos para el VIH que se conocen como HAART o coctel anti-SIDA. POR FAVOR, MIRE LAS FOTOS DE MEDICAMENTOS EN LA ÚLTIMA PÁGINA PARA CONTESTAR LAS PROXIMAS PREGUNTAS.

6. ¿Ha tomado algunas medicinas para tratar o para prevenir el VIH o Hepatitis?

Sí……..☐1 ⇒ **Favor de pasar a la prequnta 6a**

No……..☐0
No sé……..☐9 } ⇒ **PARE, Ya terminó este cuestionario**

6a. ¿Cuales ha tomado? Favor de hacer una lista. (Si no está seguro/a cuando tomó las medicinas, por favor incluya medicinas que es POSIBLE que haya tomado.)

_____ _____

_____ _____

6b. ¿Cuál fue el primer día que tomó cualquiera de las medicinas?
Si no está seguro/a, favor de estimar.

__ __/__ __/ __ __ __ __ (mes/día/año)

6c. ¿Está usted tomando ahora cualquiera de las medicinas?

No……..☐0 ⇒ **Favor de pasar a la pregunta 6d**

Sí… ……..☐1
No sé…….. ……..☐9 } ⇒ **PARE, Ya terminó este cuestionario**

6d. ¿Cuando fue el último día que tomó cualquiera de las medicinas?
Si no está seguro/a, favor de estimar.

__ __/__ __/ __ __ __ __ (mes/día/año)

Muchas gracias por su participación y tiempo. Sus respuestas nos van a ayudar a entender mejor las pruebas de VIH.